

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N° 6

Contribution à l'étude
des
Fibro - Myomes
Vaginaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul CHAUBET

né à PADERN (Aude) le 2 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63-56

1922

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES FIBRO-MYOMES VAGINAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année scolaire 1922-1923. — N° 6

Contribution à l'étude
des
Fibro - Myomes
Vaginaux

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 23 Novembre 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul CHAUBET

né à PADERN (Aude) le 2 Avril 1896



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

45, Quai Gailleton, 45

Téléphone 63.56

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
 Doyen
 Assesseur

M. HUGOUNENQ.
 MM. J. LEPINE.
 ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
 A. FLORENCE

PROFESSEURS

Cliniques médicales Cliniques chirurgicales Clinique obstétricale et Accouchements Clinique ophtalmologique Clinique des maladies cutanées et syphilitiques Clinique neurologique et psychiatrique Clinique des maladies des enfants Clinique des maladies des femmes Clinique d'oto-rhino-laryngologie Clinique des maladies des voies urinaires Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie Chimie biologique et médicale Chimie organique et Toxicologie Matière médicale et Botanique Parasitologie et Histoire naturelle médicale Anatomie Histologie Physiologie Pathologie interne Pathologie et Thérapeutiques générales Anatomie pathologique Chirurgie opératoire Médecine expérimentale et comparée et bactériologie Médecine légale Hygiène Thérapeutique Pharmacologie	MM. TESSIER ROQUE BARD TIXIER BERARD COMMANDEUR. ROLLÉ NICOLAS LEPINE (J.) WEILL POLOSSON (A.) LANNONIS ROCHET N.-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL X GUIART LATARJET POLICAUD DOYON COLLET MOURIQUAND PAVIOT VILLARD ARLOING (F.) Etienne MARTIN COURMONT (P.) PIC MOREAU
---	---

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	—	VALLAS.
—	—	CONDAMIN.
—	—	BARRAL
—	—	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique.	BRETIN
Embryologie	GRAVIER.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie.	TELLIER

AGRÉGÉS

MM. NOGIER BRETIN LERICHE THEVENOT (Léon) TAVERNIER CADE GARIN	MM. SAVY FROMENT THEVENOT (L.) PIERY COTTE DUROUX	MM. HOVELACQUE TRILLAT SARVONAT FLORENCE ROCHAIX CORDIER	MM. ROUBIER FAVRE BONNET NOËL chargé des fonctions
---	---	--	---

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. VILLARD *Président*; M. PATEL, *Assesseur* ;
 MM. THÉVENOT Léon et DUROUX, *Agrégés*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Je leur dois tout, et leur vie toute de
labeur et de loyauté est pour moi
le plus précieux des exemples.
Infiniment reconnaissant de tant de
sacrifices consentis je leur dédie ce
modeste travail, humble hommage
d'une tendre et profonde affection.

A MON JEUNE FRERE EMILE

A LA MEMOIRE DE MA SŒUR

ET DE MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

A MES COUSINS EMILE AZEAU
ET JOSEPH DENARNAUD, TUÉS POUR LA FRANCE
IN MEMORIAM

A MES CAMARADES MORTS GLORIEUSEMENT
POUR LA FRANCE

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE TOULOUSE

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL

DE 1^{re} CLASSE LAFFORGUE

Chevalier de la Légion d'honneur

Médecin-Chef de l'Hôpital Militaire de Toulouse

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce

Professeur d'Hydrologie à la Faculté

Il nous a souvent encouragé de sa
bienveillante autorité, qu'il nous
permette de lui exprimer ici notre
très sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL

DE 2^e CLASSE GORSE

Officier de la Légion d'honneur

Professeur Agrégé à la Faculté

Respectueux hommage.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

DE TOULOUSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZY (externat 1920)

MONSIEUR LE PROFESSEUR NANTA (externat 1920)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOSSE (externat 1919)

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERIEL (externat 1921)

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE LYON

A MES CHEFS ET A MES MAITRES
DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE
DE LYON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Médecine Opératoire

Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de notre
thèse. Nous lui en exprimons ici
notre vive gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des Hôpitaux de Lyon

Chevalier de la Légion d'honneur

Au cours de notre travail dont il nous
a inspiré le sujet, il nous a exprimé
ses conseils avec la plus grande
bienveillance. Nous l'en remercions
bien sincèrement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES FIBRO-MYOMES VAGINAUX

AVANT-PROPOS

Au moment où se terminent nos études médicales, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres dont les bienveillantes leçons nous ont permis de renouer après l'armistice de 1918 le fil de nos études interrompues pendant plus de quatre ans par la guerre. Nous avons dès notre retour trouvé le meilleur accueil auprès de Messieurs les Professeurs Arloing, Patel et Policard. Ils ont bien voulu s'intéresser à nous et leurs cours nous ont permis de réparer un peu du temps perdu.

Nous nous faisons également un devoir d'exprimer notre reconnaissance à Monsieur le Professeur Agrégé Patel qui a bien voulu nous donner le sujet de cette thèse et nous aider de ses conseils.

Nous prions Monsieur le Professeur Villard, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse, de vouloir bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

Qu'il nous soit enfin permis d'avoir une pensée reconnaissante pour tous nos maîtres toulousains qui nous ont consacré leur temps et leur science et dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie pendant nos premières années d'études. Nous n'oublierons jamais les amicales conférences des Docteurs Auban et Lefebvre; qu'il nous soit permis, en les remerciant de nous avoir consacré une année entière, de leur dire le très grand service qu'ils nous ont rendu.

INTRODUCTION

Ayant eu dans le service de M. le Professeur Patel, à l'hôpital de la Croix-Rousse, l'occasion de voir une malade atteinte et opérée d'un fibrome de la paroi postérieure du vagin, il nous a été permis de publier dans notre thèse cette intéressante observation. Nous avons en outre essayé de rassembler dans ce modeste travail quelques-unes des observations les plus typiques de ces tumeurs rares en étudiant auparavant dans une vue d'ensemble les caractères anatomiques, les symptômes, l'évolution et le traitement de ces néoformations.

Nous aurons presque exclusivement en vue des fibromyomes de structure analogue à celle des fibromes utérins sans qu'il faille cependant exclure les quelques tumeurs beaucoup plus rares de structure un peu différente, le mot de polype parfois employé n'impliquant que l'idée de tumeur à pédicule sans préjuger en rien de sa structure histologique.

HISTORIQUE

Sans remonter trop avant dans l'histoire médicale car les observations anciennes ne permettent guère par leur imprécision de poser avec certitude un diagnostic rétrospectif, nous trouvons avec Dupuytren en 1830 un cas non douteux de polype du vagin, indépendant du corps de la matrice, dont le col restait libre sur toute sa circonférence.

Il y avait déjà eu cependant dans la littérature chirurgicale, des cas de tumeurs siégeant dans le vagin, mais il nous est impossible de déterminer nettement leur nature et si elles étaient nées aux dépens des parois vaginales ou des parois utérines.

Mises en doute après Dupuytren par certains auteurs qui, vu la rareté des fibromes vaginaux en font des tumeurs migratrices nées de l'utérus et ayant contracté secondairement des connexions avec les parois du vagin, leur existence se trouve définitivement confirmée par une suite d'observations de polypes fibreux publiées vers 1880.

Depuis cette époque de nombreux auteurs se sont occupés de la question tant en France qu'à l'étranger. Nous trouvons à Montpellier les travaux de Tédénat

et de son élève Rocheblave puis ceux de Condamin à Lyon en 1894 suivis de nombreux ouvrages allemands et anglais.

Potel publie en 1903 dans la Revue de Gynécologie un mémoire très complet sur la question.

Depuis, les observations ont été recueillies nombreuses à l'étranger, en particulier en Allemagne, en Autriche et en Angleterre.

Nous citerons plus près de nous encore les travaux du professeur Pozzi et les thèses qu'il a inspirées à ses élèves Rollin et Boursier de La Roche.

Tout récemment enfin, en 1921, la précise étude de F. M. Cadenat, chirurgien des hôpitaux de Paris nous apporte, outre une nouvelle et très intéressante observation, un résumé des connaissances acquises sur ce point.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie.

Comme celle de toutes les tumeurs en général, l'étiologie des fibromyomes du vagin est extrêmement mal connue. On en est réduit quant aux causes efficientes à des théories et à des hypothèses. Pour certains, l'élément causal serait microbien et ils citent, à l'appui de leurs idées, quelques faits précis, entre autres la présence, mentionnée par Kollmann, de microbes dans la masse de ces tumeurs.

Vu la proximité immédiate du foyer vaginal où végète, à la faveur de la température élevée et constante, une flore des plus nombreuses, la pénétration à travers la muqueuse de germes pathogènes et leur arrivée dans les vaisseaux voisins, seraient la cause déterminante d'endo ou de périvascularites aux dépens desquelles, suivant les théories de Claisse, se développeraient les fibromyomes ou les myomes, soit vaginaux, soit utérins.

La voie d'accès de ces infections vasculaires pouvant être celle de la circulation générale, on pourrait

encore incriminer les septicémies ou les infections locales les plus diverses.

D'autres auteurs enfin ont voulu, à la faveur de quelques cas dans les antécédents desquels ils retrouvaient ces affections, faire relever médiatement les fibromes, de la variole, du paludisme, de la syphilis, ou de la fièvre typhoïde, mais il faut ajouter ici que nous sommes dans l'imprécision la plus complète et que rien ne permet d'affirmer l'influence de ces maladies dans la genèse des fibromes.

Quant aux causes prédisposantes, on n'est guère plus fixé. Au point de vue de l'âge, c'est dans la dernière période de la vie sexuelle que se développent les fibromes vaginaux, c'est-à-dire de 30 à 45 ans.

Cela d'ailleurs est loin d'être absolu et il y a des cas connus et non douteux de fibrome chez de tout jeunes enfants (Wilson-Guersant).

Il semble que les multipares soient plus souvent atteintes que les nullipares, mais encore ici la règle n'a rien d'absolu; on a, en effet, trouvé des cas de fibromes chez des vierges, ce qui rend des plus douteux le rôle de la grossesse dans la genèse de ces tumeurs.

Quant aux traumatismes, aux rapprochements sexuels, aux accouchements antérieurs, ils nous paraissent comme facteurs étiologiques à peu près dépourvus d'intérêt.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique.

Nous plaçant d'abord au point de vue macroscopique, nous envisagerons successivement le volume, la forme, le nombre et le siège de ces tumeurs, ainsi que les modifications qu'elles entraînent dans les rapports anatomiques normaux de la région.

Nous étudierons ensuite la coupe avec ses caractères de dureté et de résistance, et nous terminerons par l'étude histologique.

Quant au volume, ces tumeurs offrent une grande diversité, elles vont en effet de la grosseur d'une lentille à celle d'une orange et même, dans quelques cas, d'une tête d'enfant.

Avant l'avènement de l'ère aseptique, lorsque les plus graves complications étaient à craindre à la suite d'une extirpation, on laissait les fibromes évoluer jusqu'à ce qu'ils atteignent des dimensions beaucoup plus considérables et on en a cité qui pesaient plus de dix livres.

Suivant leur forme, ces tumeurs se divisent en deux classes : fibromes sessiles et pédiculés.

Il ne paraît pas logique d'être aussi absolu dans cette classification, car entre ces deux formes extrêmes, qui sont le résultat d'évolutions différentes de la tumeur, il y a tous les intermédiaires.

Les fibromes pédiculés, les plus anciennement connus, ont un pédicule assez solide et très vasculaire, d'où la possibilité d'hémorragies abondantes. D'autre part, la traction exercée par la tumeur allonge souvent le pédicule et le fibrome peut apparaître à la vulve. Dès lors, il est presque la règle que se produisent des accidents. En effet, la muqueuse recouvrant la tumeur, d'abord lisse, ne tarde pas à s'irriter et à se congestionner.

Des ulcérations apparaissent et le sphacèle dû à la torsion du pédicule et à l'ischémie consécutive peut advenir.

Dans d'autres cas, le fibrome aura poussé en profondeur entre les feuillets du plancher périnéal et il sera une tumeur complètement pelvienne; parfois encore, soulevant la muqueuse du vagin, il s'en coiffera pour devenir un polype à très large pédicule et déjà légèrement mobile sur sa base d'implantation; parfois, enfin, on rencontre des tumeurs faisant simplement saillie sur la paroi sans se pédiculiser et c'est cette forme qui se présente dans les rares cas de tumeurs multiples cités par Guersant, par Stumpf et par Potel qui en publie huit observations.

Le plus souvent ces tumeurs sont uniques.

Les fibromyomes peuvent siéger sur toutes les pa-

rois du vagin et ceci s'explique aisément par la structure homogène de cet organe qui, en tous ses points, présente les éléments pouvant donner naissance à ces tumeurs, à savoir : fibres musculaires lisses et fibres conjonctives.

Cependant il ressort de quelques statistiques (Potel, Philips, Kleinwachter) que c'est la paroi antérieure qui est en cause dans plus de la moitié des cas, la paroi postérieure venant après par ordre de fréquence, alors que les parois latérales sont beaucoup plus rarement intéressées.

La fréquence des fibromes siégeant sur la paroi antérieure du vagin a fait soutenir par certains auteurs la possibilité de l'origine uréthrale de ces tumeurs. Etant donné les connexions intimes des deux conduits urèthre et vagin dans cette région, il est fort probable que l'adhérence des fibromes aux parois uréthrales est secondaire et ne se fait qu'après un certain développement de la tumeur née aux dépens des parois vaginales. Un autre fait témoigne encore en faveur de ces idées : c'est qu'on n'a pas encore cité d'observation de fibrome de la paroi antérieure de l'urèthre dont la structure est cependant identique en tous les points. Les fibromes à développement pelvien ont ce caractère particulier qu'ils modifient, lorsque leur grosseur est un peu considérable, les rapports anatomiques normaux des viscères pelviens.

Nés sous la muqueuse ou dans l'enveloppe conjonctivo-musculaire sous-muqueuse, ils peuvent, dédoublant la cloison recto-vaginale, refouler en haut la

vessie, remonter en avant ou fléchir en arrière l'utérus, comprimer enfin le rectum.

Dans le cas plus fréquent de fibromyome de la paroi antérieure, l'urèthre très adhérent à la tumeur subit des modifications importantes. Sa lumière se déforme, son trajet devient sinueux, sa longueur peut être considérablement augmentée.

Très rarement un léger degré de cystocèle a pu accompagner les fibromes/pédiculés de cette région uréthro-vaginale. En effet, le pédicule de ces tumeurs dépasse rarement la grosseur du petit doigt, ce qui rend pratiquement impossible l'invagination du bas-fond vésical.

Caractères microscopiques

Au point de vue histologique, la forme la plus fréquemment observée est le fibromyome formé d'un feutrage serré de fibres conjonctives anastomosées mêlées d'amas de fibres musculaires lisses. Les cas de fibromes purs sont très rares.

On a cité des cas de tumeurs à centre formé par des fibres conjonctives groupées en un noyau entouré lui-même de tissu purement musculaire et, réciproquement, on a vu quelques tumeurs à centre musculaire et à enveloppe conjonctive. Ce sont là des raretés.

Les myomes purs sont aussi peu communs que ces formes d'exception.

Les fibres musculaires lisses, constituant ces tumeurs, sont reconnaissables à leur noyau allongé

dans un protoplasma fusiforme. Il est fréquent de reconnaître des fibres musculaires jeunes.

Le tissu conjonctif, lui, est formé de fibres adultes formant les gaines vasculaires et séparant entre eux les faisceaux de fibres lisses.

Les vaisseaux se présentent sous la forme de gros capillaires ou d'artérioles béantes à la coupe.

CHAPITRE III

Pathogénie.

D'où peuvent naître les fibromyomes du vagin ?

C'est là le seul point qui nous importe dans le cadre de cette étude, car ce n'est pas ici le lieu d'exposer les diverses théories sur la genèse des tumeurs en général.

Certains auteurs, Pozzi entre autres, font dériver les tumeurs siégeant dans la paroi postérieure du vagin, de l'utérus où elles auraient pris naissance. Ces fibromes, nés de la région sus-vaginale du col utérin, auraient, soulevant le péritoine antérieur du cul-de-sac de Douglas, fait leur migration pour se mettre en contact avec la paroi postérieure du cul-de-sac postérieur du vagin. On sait qu'il existe des fibromes migrants de l'abdomen, on en a vu dédoubler les feuillets du ligament large ou même se développer entre la vessie et l'utérus. Comme, d'autre part, le péritoine qui tapisse le cul-de-sac vaginal postérieur et la paroi postérieure du col est assez facilement décollable, cette pathogénie peut être soutenue

pour quelques cas de fibromes à développement surtout pelvien.

Les fibromes antérieurs, de leur côté, peuvent-ils naître aux dépens des parois uréthrales et par leurs adhérences faire secondairement partie intégrante de la paroi vaginale antérieure ?

Histologiquement cela est possible, puisque l'urèthre possède un sphincter formé de fibres musculaires lisses. Toutefois, cette origine paraît être vraiment exceptionnelle.

Quelques auteurs admettent la possibilité que les restes embryonnaires des canaux de Wolff Gartner ou des canalicules du rein primitif, peuvent être à l'origine de ces tumeurs. Les vestiges de ces organes de l'embryon siégeant dans la sous-muqueuse peuvent, en effet, persister sur toute la longueur du vagin jusqu'au bord libre de l'hymen. Ils sont constitués au point de vue histologique par un épithélium cylindrique entouré d'une gangue musculaire de fibres lisses aux dépens desquelles pourraient se développer des fibromyomes.

Nous admettrons cependant comme la pathogénie la plus plausible celle de l'origine vaginale de ces tumeurs. Nous trouvons en effet, dans tous les points des parois vaginales les fibres musculaires lisses et les fibres conjonctives qui sont les éléments constitutifs des fibromyomes vaginaux.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les symptômes des tumeurs fibreuses du vagin sont extrêmement variables suivant leur mode d'implantation et suivant leur grosseur.

Le début est généralement ignoré de la malade qui ne se présente au médecin que lorsque le fibrome a déjà atteint le volume d'un œuf ou d'une orange, ces tumeurs, indolores par elles-mêmes, ne se révélant guère que par la gêne qu'elles occasionnent.

D'autre part, des signes presque constants, tels que la dysménorrhée, les douleurs lombaires, les hémorragies, sont souvent considérés par les malades comme des troubles relevant de la ménopause alors que celle-ci est encore lointaine. Et ceci retarde encore le diagnostic précis de l'affection que seul l'examen somatique permettra de préciser.

Il n'en est évidemment pas de même dans les cas où le fibrome pourvu d'un long pédicule apparaît à la vulve, à l'occasion d'un effort physique qui augmente brusquement la pression intra-abdominale.

Le diagnostic s'imposera vite alors, la malade prévenue se souvenant d'autres signes plus ou moins frustes auxquels jusque-là elle n'avait guère attaché qu'une importance très relative.

A la période d'état, l'affection se traduit toujours par des signes fonctionnels qui tiennent le premier plan : ce sont des troubles urinaires, des troubles de la défécation et des troubles génitaux.

Les troubles urinaires sont souvent considérables, témoin en est la malade de M. le Professeur Patel. Celle-ci était en rétention complète depuis huit jours et n'urinait que par regorgement, la vessie rejetée vers le haut formant saillie à l'hypogastre.

La dysurie est fréquente et la miction nécessite de véritables efforts de la part des malades.

Le plus fréquemment, c'est la pollakiurie et même l'incontinence qui marque le début des troubles; ceci s'explique aisément, la vessie étant irritée par la sensation du corps étranger voisin, réagit plus tôt à la distension en se contractant plus fréquemment. Plus tard, sous l'influence peut-être de la congestion pelvienne, peut-être et plus probablement même, sous l'effet de la compression croissante, ce sont les phénomènes de rétention qui apparaissent.

Suivant le siège de la tumeur, les troubles urinaires varient et ils sont d'autant plus précoces et plus marqués que la tumeur est plus voisine de l'urèthre. Il ne faudrait cependant pas en déduire que les troubles de la miction n'existent pas dans le cas de fibromes à développement pelvien nés dans la paroi postérieure du vagin et l'observation de la malade de M. le

Professeur Patel est là pour prouver le contraire.

Les troubles de la défécation qu'on aurait pu s'attendre à trouver très marqués dans ce cas de fibrome pelvien étaient au contraire insignifiants. Cela est d'ailleurs presque toujours la règle, les fonctions digestives étant très rarement troublées.

Les fonctions génitales, et cela se conçoit facilement, sont considérablement gênées. Dans quelques cas, les rapprochements sexuels sont impossibles ; dans d'autres, ils sont si douloureux que c'est ce symptôme qui fait découvrir le mal.

Il est évident que la conception suit des fluctuations parallèles sans cependant que la grossesse soit impossible. On en connaît en effet de nombreux cas.

Ces troubles sont parfois accompagnés ou même précédés d'hémorragies ou de dysménorrhée. Ce dernier symptôme étant souvent méconnu par les malades qui l'attribuent à la ménopause.

On a voulu voir dans des tumeurs utérines coexistant parfois avec la tumeur vaginale la cause de ces hémorragies. En réalité, nombreux sont les cas de tumeurs uniquement vaginales accompagnées de pertes sanguines et dont l'ablation a fait cesser les hémorragies. Le mécanisme de ces écoulements sanguins est très probablement le même que dans le cas de tumeurs utérines.

La présence du fibrome crée au niveau de la muqueuse vaginale une véritable fluxion vasculaire qui est la cause des pertes sanguines.

En dehors des règles, qui sont le plus souvent nor-

males, comme durée et comme quantité, les hémorragies sont peu abondantes.

Peut-il y avoir aménorrhée ? Cela paraît peu probable et, dans les rares cas où on l'a constaté, c'est parce que l'hémorragie cataméniale ne pouvait se faire au dehors par suite de l'obstruction vaginale complète.

L'irritation des parois vaginales se traduit souvent par de la leucorrhée qui peut faire place à des pertes séro-sanguines et même purulentes si la tumeur vient à s'ulcérer.

Tout ces symptômes, qu'on pourrait appeler symptômes de compression, puisqu'ils sont la conséquence directe de la gêne mécanique, sont toujours accompagnés de sensations douloureuses, se traduisant par de la gêne, de la pesanteur au périnée, et par des tiraillements à irradiations vers les régions lombaires. Parfois spontanées, ces douleurs peuvent être provoquées ou exagérées par la marche, les mouvements ou les rapprochements sexuels. Le vaginisme a été très rarement signalé.

Si le fibrome est pédiculé, et tant qu'il est contenu dans le vagin, il est bien toléré et son existence ne donne pas lieu à de grandes douleurs, mais si un effort le fait apparaître à la vulve, les douleurs lombaires s'exagèrent pendant que la gêne circulatoire provoque la congestion, puis l'œdème, et enfin l'ulcération de la tumeur dont l'ablation rapide devient très vite une nécessité.

Tout autant que les signes fonctionnels que nous venons de passer en revue, les signes objectifs sont

très variables, suivant le nombre, la forme et le siège des tumeurs vaginales; aussi envisagerons-nous séparément les cas de fibromes pédiculés, sessiles, uniques et enfin multiples.

I. — *Le fibrome est pédiculé*

Il peut être intravaginal. Dans ce cas, seul le toucher pourra nous renseigner utilement et nous montrera que cette tumeur, libre dans le vagin aux parois duquel elle est reliée par un pédicule de la grosseur du petit doigt, est d'une consistance ferme et est recouverte d'une muqueuse lisse et régulière. Si le fibrome n'est pas trop volumineux, l'extrémité du doigt pourra atteindre le col et les culs-de-sac qu'on trouvera sans connexion avec la tumeur.

Dans le cas de gros fibromes, et on en a vu pesant plusieurs livres, il est extrêmement rare que le pédicule ne s'allonge pas, permettant ainsi au fibrome d'apparaître à la vulve. Il se produit presque fatalement alors des phénomènes d'érosion superficielle suivie d'infection, d'autant mieux d'ailleurs que la circulation tumorale est très défectueuse par ce pédicule allongé à l'extrême. De là vient la facilité avec laquelle apparaissent le sphacèle et même parfois la gangrène.

Dans ce cas, la coloration de la muqueuse passe au rouge violacé et des ulcérations s'écoule un liquide d'abord séro-sanguinolent, puis purulent et fétide.

II. — *Le fibrome est sessile*

Ici le doigt ne nous fait pas sentir ce sillon net-

tement marqué autour d'un pédicule étroit, mais nous montre au contraire une masse qui bombe sous la muqueuse vaginale restée saine.

Sa consistance est dure, élastique mais peut dans quelques cas être molle et presque fluctuante.

D'autre part, si le fibrome est développé dans la paroi postérieure du vagin, le toucher rectal sera utile et montrera le volume de la tumeur mieux que ne saurait le faire le toucher vaginal.

Dans le cas où l'urèthre est déformé par un fibrome sous-urétral, le cathétérisme montrera l'allongement et les sinuosités du canal.

Enfin, lorsque cet instrument pourra être introduit, l'examen au spéculum vaginal nous montrera l'état de la muqueuse qui recouvre le fibrome.

III. ? *Les fibromes sont multiples.*

Dans ces très rares cas les parois vaginales peuvent être infiltrées de petits fibromes qui leur donnent une vraie rigidité. Il semble même qu'aux endroits où il n'y a pas de tumeur sous-jacente, la souplesse et l'élasticité si particulières au vagin aient disparu aussi, faisant de cet organe un conduit rigide dans toute son étendue.

CHAPITRE V

Evolution et complications.

Nous avons vu à propos des symptômes, que c'est souvent après une longue période de latence que des accidents signalaient la présence des fibromes vaginaux et que ces signes révélateurs étaient souvent de véritables complications.

Si, dès le moment où quelques signes apparaissent le diagnostic est fait et une intervention pratiquée, la guérison est immédiate et tout se termine dans le temps que met la plaie opératoire à se cicatriser.

Si au contraire on laisse aller les choses ou que la malade néglige son mal, en dehors des troubles urinaires, des troubles de la défécation, des hémorragies et des douleurs, l'infection survient et ne tarde pas à entraîner de graves accidents.

Les pertes apparaissent leucorrhéïques d'abord puis séro-sanguines enfin nettement purulentes et fétides.

La tumeur peut se sphacéler, se gangréner même et des phénomènes d'adénite simple d'abord et par-

fois de septicémie consécutive peuvent se manifester.

Dans d'autres cas, c'est l'ischémie due à l'allongement du pédicule qui entraîne la nécrose d'une tumeur à pédicule vasculaire.

Tédenat signale un cas exceptionnel de calcification d'un fibrome sessile peu volumineux.

La transformation graisseuse, kystique a été aussi observée bien que très rare.

On rapporte enfin quelques exemples de dégénérescence sarcomateuse et le début de l'évolution maligne paraît se faire le plus souvent au niveau du pédicule.

Boutin dans sa thèse signale encore la transformation angiomateuse de ces fibromes dont la coloration passe alors au brun rouge et qui se creusent de lacunes communiquant entre elles par des vaisseaux très dilatés et gorgés de sang.

Ces modifications télangiectasiques paraissent être en rapport avec la grossesse et ceci nous amène à examiner l'influence sur l'accouchement de ces tumeurs placées dans la filière génitale et qui paraissent par leur situation même devoir être de sérieuses causes de dystocie.

Au cours du travail d'abord les difficultés d'acommodation sont considérables et peuvent être la cause de présentations peu favorables ou nettement vicieuses.

Pendant la grossesse généralement la tumeur s'accroît mais d'autre part vers la fin de la gestation elle participe au ramollissement de la région vulvo-vagi-

nale et cette évolution est heureusement plus favorable.

Au point de vue de l'accouchement lui-même, une tumeur pelvienne est toujours une gêne sérieuse mais dont l'importance varie beaucoup suivant que le fibrome est sessile ou pédiculé. Dans ce dernier cas et si le polype n'est pas de dimensions exagérées, l'accouchement se fait presque toujours sans accidents et normalement, la tumeur étant assez facilement réductible.

Si le fibrome est sessile au contraire il devient très peu mobilisable et rétrécit fatalement à son niveau la filière génitale. On comprend aisément que pour peu que la tumeur soit volumineuse la dystocie soit la règle et l'existence d'un gros fibrome sessile devient une des indications de l'opération césarienne abdominale.

Si la tumeur bien que sessile est de grosseur moyenne l'accouchement peut avoir lieu avec simplement une plus grande durée du travail pouvant entraîner la nécessité d'une application de forceps. Dans ce dernier cas il est rare que les cuillers de l'instrument ne traumatisent pas la muqueuse ouvrant ainsi une porte d'entrée à l'infection puerpérale avec ses conséquences toujours très graves et souvent fatales.

En outre les déchirures vaginales et périnéales sont fréquentes et on cite même un cas de fracture de la branche descendante du pubis.

On voit donc qu'il est nécessaire, en présence de ces tumeurs, d'avoir recours avant la grossesse ou pendant son début à une intervention chirurgicale destinée à libérer de ses obstacles la filière pelvigénitale.

CHAPITRE VI

Pronostic.

De par leur structure histologique elle-même les fibro-myomes du vagin sont des tumeurs bénignes et les caractères normaux de leur évolution amenant presque fatalement les malades qui en sont atteintes à accepter l'intervention chirurgicale généralement bonne dans ses résultats, le pronostic quoad-vitam de cette affection est favorable dans l'immense majorité des cas.

Il y a cependant lieu de le réserver à cause de certaines complications qui peuvent survenir telles que les hémorragies, la gangrène, la dégénérescence maligne. Mais ici encore une intervention précoce empêchera le plus souvent ces accidents de se produire.

Le pronostic s'aggrave dans le seul cas de grossesse en raison de l'obstacle à l'accouchement d'un fibrome sessile et volumineux, nous avons déjà vu que dans ce cas si l'opération précoce n'a pas été faite, il faut se résigner à courir les risques de la césarienne.

CHAPITRE VII

Diagnostic.

I. Positif.

Il s'impose dès que l'on a recours à l'examen direct par le toucher vaginal, l'inspection au seul spéculum ne donnant lorsqu'elle est possible que des renseignements sur l'état de la muqueuse. Les caractères de résistance au doigt, le siège, la mobilité, l'indépendance de la tumeur par rapport au col utérin nous seront ainsi révélés.

Mais il ne faut pas oublier que ces tumeurs sont rares et qu'on a beaucoup plus de chances de rencontrer dans cette région des tumeurs d'une toute autre nature. C'est donc aussi par exclusions successives qu'on arrivera à affermir son opinion.

II. Différentiel.

A. — *La tumeur est pédiculée.*

Si la tumeur apparaît à la vulve, le toucher nous ayant montré qu'elle a un pédicule on pensera plutôt

au prolapsus utérin plus fréquent qu'un fibrome vaginal. Comme le fibrome prolabé en effet, la muqueuse éversée d'un prolapsus peut s'ulcérer et s'infecter, et l'aspect dans les deux cas est identique. La réduction du prolapsus généralement plus facile que celle d'un fibrome et surtout la recherche de l'orifice externe du col feront vite cesser l'hésitation.

Nous éliminerons plus facilement la rectocèle et la cystocèle.

Dans le premier cas, le toucher rectal et dans le second une sonde introduite dans l'urèthre et la vessie nous montreront s'il s'agit d'un relâchement des tunique rectales ou vésicales et vaginales.

Si la tumeur n'apparaît pas à la vulve, il faudra penser à un polype d'origine utérine mais le toucher d'un long pédicule sortant de l'orifice du col ne nous permettra guère d'hésiter.

B. — *Le fibrome est sessile.*

Nous devons éliminer d'abord les tumeurs qui ont pris naissance au voisinage du vagin comme celles de la grande lèvre ou de l'urèthre. Qu'il s'agisse de kystes séreux ou muqueux ou de tumeurs fibreuses des grandes lèvres, le siège en montrera toujours l'origine.

D'autre part, quels sont les signes permettant de distinguer un fibrome cervico-utérin postérieur enclavé, d'un fibrome du cul-de-sac postérieur à développement pelvien ?

Les fibromes enclavés ont pour caractère principal qu'ils déterminent outre les symptômes que Pozzi groupe sous le nom de syndrome utérin (hémorragies,

leucorrhée ou hydorrhée inodore, douleurs) des phénomènes de compression antérieure (vessie) et postérieure (rectum et surtout uretères).

Les fibromes vaginaux à développement pelvien au contraire soulèvent plutôt qu'ils ne les compriment les uretères et l'on n'a jamais vu de troubles rénaux ou cardiaques chez les porteuses de corps vaginaux.

Le diagnostic est encore à faire avec les fibromes de l'isthme qui bombent sous la muqueuse des culs-de-sac antérieur ou postérieur mais on ne pourra guère les distinguer des tumeurs sessiles vaginales développées à ce niveau qu'au cours de l'ablation chirurgicale qui est d'ailleurs indiquée dans les deux cas.

Il est par contre plus difficile de se rendre compte si un fibrome de la paroi antérieure du vagin est ou non d'origine uréthrale car les deux conduits sont intimément unis sur presque tout leur trajet. Il faut ajouter d'ailleurs que cette distinction est de peu d'importance puisque dans les deux cas le traitement sera identique.

Il nous reste maintenant à distinguer les fibromyomes des autres tumeurs vaginales en l'espèce le kyste, le sarcome et l'épithélioma.

Les caractères généraux du cancer ne tarderont pas dans ce dernier cas à faire soupçonner la malignité de la tumeur. Il survient en effet à un âge plus avancé que le fibro-myome. Les troubles fonctionnels apparaissent plus vite avec le cancer mais c'est surtout par le toucher que se fera le diagnostic. Tant que l'épithéliome n'est pas ulcéré il se présente sous la

forme d'une plaque en saillie indurée et adhérente à la muqueuse.

Si le cancer est ulcéré les pertes sanieuses et fétides, les troubles généraux plus accusés, l'adhérence aux plans profonds, l'induration péri-tumorale et enfin l'examen histologique lèveront les doutes.

Dans le cas de cancer végétant les masses bourgeonnantes friables et saignant au moindre contact, reposant sur une base indurée rendront évidente la nature de la tumeur.

Le sarcome a pour lui son évolution rapidement envahissante accompagnée de troubles généraux vite accusés.

Il apparaît à tout âge mais sa forme diffère de celle du fibrome en ce qu'il présente des bosselures à sa surface.

Les kystes, développés aux dépens de restes embryonnaires ont du fibrome le siège sous la muqueuse qu'ils déplissent et la forme régulièrement arrondie.

Ils en diffèrent par la consistance plus molle, la fluctuation le plus souvent perceptible et la non-adhérence à la muqueuse. En outre le toucher vaginal combiné au toucher rectal montreront plus nettement la fluctuation kystique si différente de la sensation de fermeté et de résistance au doigt que donne le fibrome. Si ces caractères ne suffisaient pas, en dernière analyse, la ponction du kyste fera éliminer l'idée de tumeur fibreuse.

CHAPITRE VIII

Traitement.

Nous éliminerons d'emblée le traitement médical absolument illusoire et qui ne saurait être qu'un mauvais palliatif.

Actuellement le traitement chirurgical s'impose dès que le diagnostic est posé. En effet, l'extirpation de la tumeur est, avec l'abolition presque absolue des chances d'infection que permet l'asepsie actuelle, une opération bénigne. Même les interventions sur de gros fibromes sessiles, ayant refoulé les organes pelviens ont toujours été couronnées de succès.

Quant aux procédés d'ablation des fibromes pédiculés, ils sont d'une simplicité telle qu'ils ne sauraient en aucun cas, avoir des contre indications.

En présence toutefois de tumeurs petites n'entraînant aucune gêne et portées par des femmes âgées dont la résistance est affaiblie, on pourrait s'abstenir de toute intervention le danger de dystocie n'existant pas dans ces cas particuliers.

Y a-t-il lieu d'intervenir même pendant la grossesse ?

Ici nous serons très affirmatifs et il faudra agir immédiatement pour débarrasser le plus vite possible les voies génitales. Il est en effet très rare que l'avortement ou l'accouchement prématuré surviennent du fait du traumatisme opératoire et j'ai déjà dit au chapitre des complications que des accidents graves tels que des arrachements du fibrome, de la vessie ou des fractures du pubis pouvaient se produire au cours de l'accouchement ou de sa terminaison rapide par le forceps. C'est seulement dans le cas de gros fibrome adhérent, remplissant littéralement le vagin et obstruant le détroit inférieur que la césarienne pourra être envisagée et discutée.

Quelle sera la technique opératoire adoptée. Elle variera évidemment suivant la forme et le siège de la tumeur.

Dès l'abord nous éliminerons les procédés usités autrefois et que leurs inconvénients ont fait abandonner. Nous ne les citerons que pour mémoire. Ce sont l'écrasement, la ligature élastique, la section simple du pédicule et l'anse galvanique.

L'écraseur est un instrument aveugle et qui peut faire des lésions des parties voisines.

La torsion ou la ligature élastique sont aussi dangereuses par le fait que, dans le pédicule d'un fibrome de la paroi antérieure du vagin peut se trouver un prolongement urétral ou vésical ce qui entraînerait une fistule vésico-vaginale ou uréthrovaginale.

La section pure et simple du pédicule peut dans ce même cas donner lieu aux mêmes accidents.

Quant à l'anse galvanique bien qu'employée avec succès par quelques chirurgiens elle peut aussi être dangereuse pour les régions voisines de la tumeur.

Dans le cas d'un fibrome nettement pédiculé on s'assurera tout d'abord qu'il n'y a pas de prolongement de l'urèthre de la vessie ou du rectum dans le pédicule. Puis les précautions habituelles de nettoyage du vagin et d'antisepsie prises, on incisera la muqueuse à la base du pédicule et on disséquera le paquet vasculaire des vaisseaux nourriciers qui seront liés. Au moyen d'une aiguille de Doyen il sera alors aisé de passer un fil double et de faire la ligature et la section consécutive du pédicule. La muqueuse en excès sera ensuite excisée et la suture faite par première intention.

Si le pédicule est large et qu'on ait des difficultés à en délimiter le contour il pourra être plus commode d'abaisser le fibrome au moyen d'une pince de Museux par exemple soit même à l'aide du forceps si la tumeur était trop volumineuse.

Dans le cas d'adhérence intime aux tissus voisins, on pourra ainsi morceler la masse fibreuse et arriver jusqu'au point d'implantation et au pédicule qui sera ligaturé au catgut. On régularisera ensuite la muqueuse et on suturera.

C'est seulement s'il y a infection ou sphacèle de la tumeur qu'on s'abstiendra d'une réunion immédiate. On enlèvera simplement la tumeur et les débris sphacelés et on laissera la plaie ouverte pour la désinfecter.

ter par des pansements énergiquement antiseptiques, on pratiquera ensuite quelques jours après la réunion secondaire des lèvres de la plaie.

Si la tumeur est sessile il peut se présenter deux éventualités : ou bien le fibrome encapsulé permet d'avoir un plan de clivage ou bien la capsule n'existe pas et la tumeur fait corps avec les tissus environnants.

Dans le premier cas l'énucléation après incision de la muqueuse ne présentera aucune difficulté.

Dans le deuxième cas, la dissection de la tumeur permettra de l'isoler, mais il faudra, au cours de ce temps long et délicat, avoir soin de ne pas léser l'urèthre, la vessie ou le rectum. Il faudra en outre pour les tumeurs siégeant dans le cul-de-sac latéral se souvenir que l'artère utérine et l'uretère se croisent perpendiculairement à ce niveau.

Bien entendu on réunira ensuite par première intention en faisant un tamponnement vaginal serré pour arrêter l'hémorragie en nappe. Cependant, outre que ce procédé d'hémostase est douloureux il n'est peut être pas d'une grande efficacité et il vaudra mieux utiliser le procédé de réunion intime des plans profonds par des crins passés dans la profondeur ainsi qu'on le fait en obstétrique dans les déchirures du périnée. On placera dans ce cas deux rouleaux de gaze le long de la suture de la muqueuse et on nouera par dessus en les serrant, les crins profonds. Il semble que ce procédé ait donné une meilleure hémostase profonde.

Enfin, dans le cas de femmes ayant dépassé la ménop-

pause et portant un fibrome de grand volume, adhérent et à développement pelvien il pourra être impossible d'enlever la tumeur par la voie vaginale. On utilisera alors la voie abdominale et on pourra enlever d'un seul bloc la tumeur et l'utérus s'il y a adhérence.

Bien entendu dans le cas où l'âge ne permet pas d'enlever l'utérus et les annexes, il sera généralement aisé et toujours possible d'extirper par la voie abdominale la seule tumeur. Tous les fibromes à développement profond pourront être enlevés de cette manière, la technique et la laparotomie étant actuellement parfaitement précise, l'incision basse de Pfannenstiël restant indiquée dans cette opération conservatrice.

CHAPITRE IX

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédiée)

(Due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Agrégé PATEL.)

Marge Marie, 45 ans.

Entrée à l'Hôpital de la Croix-Rousse, le 24 décembre 1921.

Pas d'antécédents morbides personnels ni héréditaires.

Un accouchement normal il y a 19 ans.

La malade entre à l'hôpital parce que son ventre a augmenté de volume et surtout parce qu'elle ne peut pas uriner.

A l'examen on trouve en effet l'abdomen distendu, la vessie pleine et faisant saillie à l'hypogastre.

Après cathétérisme on se rend compte par le toucher vaginal qu'il existe une tumeur dure enclavée et fixée, développée profondément et en arrière de la lèvre postérieure du col.

L'orifice cervical est placé très haut, immédiatement derrière le pubis. Le fibrome paraît être peu volumineux mais absolument immobile.

27 Décembre : Intervention.

Laparotomie transversale sus-pubienne.

Après ouverture du péritoine, on reconnaît l'utérus élevé mais absolument normal avec ses annexes, et, immédiatement en arrière de lui, une tumeur volumineuse qui plonge dans l'espace rectovaginal. On reconnaît que cette tumeur est



Fig. 1

Photographies de la pièce se rapportant à l'observation 1 et à l'obligeance de M. le Docteur Duart.



Fig. 2

sous-péritonéale, et les plans superficiels sont incisés de façon à pouvoir en faire l'enucléation.

Hystérectomie totale. Appendicectomie complémentaire.

Le soir même, incontinence d'urine.

28 Décembre : La malade urine normalement bien qu'avec un peu de fréquence.

On enlève les tampons.

Suites de l'opération sans incidents.

La malade se lève le 5 Janvier 1922.

25 Janvier 1922 : Sortie de l'hôpital après guérison complète.

Examen de la pièce. — La tumeur est du volume d'une grosse orange et de consistance dure régulière donnant l'impression d'un fibrome.

L'utérus, ainsi que les annexes, sont intacts.

La tumeur n'est pas reliée par un pédicule nettement établi ni à l'isthme ni à la face postérieure du col utérin. Il semble plutôt uni à la paroi postérieure du vagin.

De toute façon il s'est développé aux dépens de la zone située au-dessous du péritoine.

A la coupe : Pas de zone kystique.

Au point de vue pathogénique, plusieurs hypothèses sont envisagées :

a) Fibrome de l'isthme ou de la lèvre postérieure du col qui s'est désolidarisé d'avec son point d'origine ;

b) Fibrome de la paroi postérieure du vagin ;

c) Tumeur développée aux dépens de débris embryonnaires résultant des canaux de Müller ou du corps de Wolff Gartner.

Examen histologique (Laboratoire d'histologie, 12 Février 1922). — Fibrome formé de tissus constitués par de fortes travées fibreuses entre lesquelles sont disposées des cellules allongées du type musculaire lisse groupées en amas compacts.

Conclusion : Fibro-myome.

OBSERVATION II

(F.-M. CADENAT, Chirurgien des Hôpitaux, dans

Gynécologie et Obstétrique, 1921. TOME III. N° 1.)

Madame M..., 39 ans, ménagère.

Entre à Beaujon, Salle Malgaigne, le 27 Mars 1920.

Elle s'est aperçue, il y a six ans, de la présence dans le vagin d'une grosseur du volume d'une noix. La tumeur, absolument indolore, ne la gênait pas beaucoup, sauf cependant, dans la position debout où elle provoquait une sensation de pesanteur.

Il y a cinq ans la malade a un enfant et la tumeur devenue volumineuse gêne un peu le passage de la tête. L'accouchement se fait cependant normalement.

Progressivement la tumeur augmente de volume et gêne par ses dimensions et les troubles urinaires qu'elle détermine. Debout, la malade éprouve une légère pesanteur et un besoin continuel d'uriner. La miction est difficile et se fait par à-coups. Dans la position couchée les envies d'uriner sont moins impérieuses.

Examen. — A l'inspection la tumeur fait un relief marqué au-dessus et à droite de l'orifice urétral

Au toucher vaginal; on sent sur la face antérieure du vagin, un peu à la droite de la ligne médiane, une tumeur allongée dans le sens antéro-postérieur, de forme cylindrique, longue de 10 centimètres environ sur 3 centimètres de large. La consistance est ferme, non fluctuante, elle est nettement mobile sur les plans profonds et la muqueuse glisse sur elle sauf à la partie centrale où il existe une ulcération de caractère banal due sans doute au frottement et autour de laquelle la muqueuse est légèrement adhérente. Cette tumeur est manifestement à droite de la ligne médiane et indépendante de l'urètre. Le cathétérisme vésical montre qu'il n'existe pas de rétention d'urine, la malade vide complètement sa vessie.

Intervention le 1^{er} avril 1920. — Incision longitudinale après traction sur le col qui se laisse facilement abaisser. L'ulcération est circonscrite et enlevée. La tumeur peut être

facilement enclée et enlevée sans hémorragie importante. A aucun moment l'urètre situé en dedans n'est inquiété. Suture au catgut par points de capiton.

Examen de la pièce. — A la coupe, il ne s'agit pas d'un kyste (dont le diagnostic avait été discuté), mais d'une tumeur d'aspect fibreux. L'examen histologique confirme le diagnostic de fibrome.

Voici la note transmise par le docteur M. Renaud, chef du laboratoire de l'Hôtel-Dieu.

« La tumeur est essentiellement constituée par de minces trousseaux de fibres conjonctives, jeunes à nombreux noyaux. Le tissu est relativement lâche, les fibres des trousseaux étant nettement distinctes et les trousseaux séparés les uns des autres par des espaces interstitiels remplis de sérosité. Les vaisseaux sont nombreux à paroi épaisse et riche en cellules conjonctives.

La tumeur est homogène et son architecture est en tous points également régulière. Il s'agit d'une tumeur conjonctive de type bénin à laquelle s'applique parfaitement l'appellation de fibrome.

OBSERVATION III

in Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie

(ROUTIER)

Madame M... âgée de 48 ans, m'est adressée par un de mes confrères pour des pertes de sang qui l'ont réduite à un état vraiment inquiétant. Elle est pâle jaune exsangue.

On sent dans le vagin un gros polype fibreux procident et aussi dans la paroi antérieure, sur la gauche, une tumeur sous muqueuse grosse comme une noix.

L'état de la malade est tel qu'au premier abord je me demande si c'est du fibrome pur et s'il n'y a pas coïncidence du cancer.

Le 13 octobre 1906, j'enlève ce polype fibreux par morcellement vu son gros volume, puis j'incise la muqueuse vaginale au niveau de la tumeur, et j'enclée un fibrome comme une noix. Un point de suture ferme cette plaie.

La malade est en excellente voie de guérison.

OBSERVATION IV

*(in Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chir., 1906, Marc Sée)
Fibro-myome de la cloison recto-vaginale, volumineuse comme
une tête d'enfant chez une femme âgée de 30 ans*

On croit d'abord à un fibrome de l'utérus venant faire saillie au dehors, mais, en touchant le malade, il est facile de constater que le col est libre dans toute son étendue et ne donne pas passage à la tumeur.

Par le toucher rectal, on reconnaît que celle-ci siège dans la cloison recto-vaginale.

Une incision faite sur la muqueuse permet l'ablation facile de la tumeur par énucléation.

On s'attendait à trouver entre elle et l'utérus, quelque connexion éloignée. Il n'en fut rien, elle était absolument indépendante. Y avait-il eu, comme dans le cas de M. Le Fort, un pédicule utérin qui s'était déchiré au cours de son évolution. Cela est possible mais ne put être constaté ni immédiatement, ni plus tard, la femme ayant guéri.

Le corps fibreux paraissait bien s'être développé dans l'épaisseur de la cloison.

OBSERVATION V

(POTHERAT)

*in Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie,
11 juillet 1906, p. 704*

Fibromyome de la paroi antérieure du vagin

Mlle X..., 35 ans, hôpital Bon-Secours.

Depuis deux ou trois ans, la malade perd constamment de l'eau sale des matières puriformes, sans douleurs. Règles normales.

Pas de masse faisant saillie au dehors, seule la canule à injections bute contre un obstacle intra-vaginal. Pas de troubles urinaires ni rectaux.

La malade a été laparotomisée deux fois pour prolapsus et une hystéropexie antérieure a été pratiquée qui maintient actuellement l'utérus en position haute.

Au toucher, on sent une tumeur piriforme régulière lisse à grosse extrémité intravaginale à petite extrémité tournée vers le haut.

Col vaginal sain. Pédicule tumoral large inséré sur la paroi antérieure du vagin en avant et un peu à droite du col utérin.

Intervention : Incision de la muqueuse et énucléation facile. Suture et capitonnage de la plaie vaginale.

Examen histologique montre que la tumeur est formée de fibres conjonctives nombreuses, infiltrées aux environs de la surface de la tumeur de cellules embryonnaires.

La malade guérit rapidement.

OBSERVATION VI

(CONDAMIN. *Arch. prov. chir.*, 1894)

Fibrome juxta-urétral. Agrandissement considérable de l'urèthre. Enucléation

Mme C. A., 33 ans, entre à la Charité le 5 mai 1894 (Service du professeur Laroyenne).

Règles normales. Pas de grossesse, ni de fausses-couches. Mariée depuis 8 ans. Bonne santé.

Il y a 12 mois, constatation par la malade d'une tumeur de la grosseur d'une noisette au niveau de l'orifice urétral.

La tumeur grossit, atteignant la grosseur d'un œuf de dinde.

Actuellement, la tumeur siège à gauche de l'urèthre qu'elle déjète, aplatit et allonge, elle plonge dans le vagin jusqu'à la hauteur du ligament triangulaire du pubis.

Une partie de la tumeur présentant une ulcération, fait saillie en dehors des grandes lèvres. Utérus normal.

Opération, 9 mai 1894 : On décortique la tumeur de son enveloppe fibro-muqueuse en respectant l'urèthre. Suture. Tamponnement vaginal. Pansement.

La malade urine spontanément le jour même de l'opération et sort guérie 8 jours après.

Examen histologique (Pavlot et Bard).

Tumeur constituée par des fibres conjonctives en tourbillon à cellules soudées ou ovalaires disséminées dans les nappes conjonctives. Tantôt rassemblées sous forme d'îlots plus ou moins étendus et gardant dans ce cas une petite atmosphère protoplasmique, leur noyau ne fixe pas mieux le carmin. Il existe aussi des fibres tortillées en vrille assez nombreuses.

En allant vers le centre de la tumeur, les cellules deviennent plus rares, les fibres conjonctives plus apparentes et les fibres élastiques très nombreuses.

En somme, rien de musculaire ni d'épithélial dans cette tumeur constituée avant tout par des éléments conjonctifs.

OBSERVATION VII (traduite de l'allemand)

(Docteur Dicke GELSENKIRCHEN, in *Centralblatt für*

Gynækologie, année 1913)

Myome du vagin

Malade 36 ans, 3 accouchements, 3 grossesses.

Après 3 mois de cessation de règles, la malade perd en rouge depuis 8 jours et cet écoulement est accompagné de douleurs. Elle suppose qu'elle était enceinte.

En même temps, elle rappelle qu'un médecin a diagnostiqué chez elle il y a deux ans un prolapsus prononcé. Ce prolapsus d'abord tout petit augmente de volume sans cependant jusqu'à présent occasionner de gêne considérable. Depuis deux mois seulement la miction devient difficile et douloureuse.

A l'examen on constate que le prolapsus qui existe est en réalité causé par une tumeur solide implantée par une large base sur la paroi vaginale antérieure et située entre la paroi antérieure et l'urèthre. Elle présente les dimensions d'une pomme et sa consistance est irrégulière.

Elle comble la lumière du vagin au point de rendre difficile l'introduction du doigt.

Il s'écoule du sang hors du vagin.

On ne peut vérifier, à cause de la tumeur, les signes cervicaux de la grossesse.

Opération le 17 janvier 1913. Section de la paroi vaginale antérieure. Enucléation de la tumeur avec le doigt et l'extrémité de ciseaux mousses.

Le lit de la tumeur saigne fortement, ce qui paraît en rapport avec une grossesse coexistante.

Colporraphie antérieure. On peut alors constater que la grossesse est probable, le col dilaté permet l'introduction d'un doigt.

Curettage. Guérison en 15 jours.

La tumeur est un fibro-myome (Lab, de Cologne, Professeur Jores).

OBSERVATION VIII

(DUBAR, in *Revue de Gynécologie*, 1903)

Mme X..., 36 ans.

Se plaint de pesanteur à l'entrée du vagin. Marche péniblement. Règles normales après avoir été irrégulières pendant quinze mois.

Examen : On trouve une tumeur qui, sous l'effort de la traction, peut être amenée à la vulve.

La tumeur est insérée sur la paroi antérieure du vagin sa consistance est fibreuse. Elle est insensible à la pression.

Etat général excellent.

L'intervention acceptée permet l'extirpation et montre un fin pédicule fibreux paraissant s'insérer sur la portion sus-vaginale du col.

Le diagnostic primitivement porté de fibrome du vagin est abandonné pour celui de fibromyome migrateur d'origine utérine.

Examen histologique : Myome pur entouré d'une coque fibreuse. Pédicule fibreux.

Suites opératoires simples. Guérison.

OBSERVATION IX (traduite de l'anglais)

(by L. C. MARTIN, M. R. C. S. Eng. L. R. C. P. London,
in the Lancet, 1904, page 25, tome I)

Le 23 octobre 1903, je fus appelé auprès d'une malade en travail prématuré. Quelques petites hémorragies, plutôt que des douleurs qui étaient nulles, lui faisaient croire que le travail commençait. Elle disait être enceinte d'environ sept mois.

À l'examen, je trouvai une tumeur de la taille d'une orange légèrement prolabée hors de l'orifice vulvaire. Elle était de consistance ferme et paraissait congestionnée. Je n'eus pas de peine à la réduire dans le vagin, mais la petite manipulation amena une légère hémorragie. Je fis ensuite un examen vaginal et je n'eus aucune peine à me rendre compte de l'indépendance de la tumeur vis-à-vis du col et de l'orifice cervical qui étaient tous deux absolument libres et normaux. La tumeur était insérée sur le bord postérieur du vagin; vers le haut elle était largement sessile.

Je conseillai son extirpation immédiate car je voyais en elle un obstacle sérieux à l'accouchement. En outre je ne pouvais pas négliger le danger qui aurait pu survenir du fait de l'infection dans ces circonstances.

Le 15 octobre, intervention; anesthésie.

Le 15 octobre, intervention; anesthésie A. C. E. et ablation de la tumeur.

Hémorragie considérable due à l'abondante vascularisation de la tumeur.

En particulier, je dus ligaturer une grosse veine. Tamponnement vaginal nécessité par l'hémostase difficile.

Suites normales, la malade se lève 11 jours plus tard.

Le 2 décembre : le travail débute et l'accouchement est normal. L'enfant est bien constitué et vivant.

Examen histologique de la tumeur : Tumeur bénigne constituée par du tissu fibro-musculaire avec beaucoup de grosses veines parfois thrombosées. La surface est ulcérée et enflammée. Les apparences font penser que la tumeur fut

d'abord une varice qui, par la suite, est devenue polypoïde.

Ce cas m'a paru intéressant à signaler pour la raison suivante : à cause de l'ablation de la tumeur pendant la grossesse sans cependant que cette intervention amenât un début de travail et l'accouchement.

OBSERVATION X

(B. NYSTRÖM (Helsingfors), *Finska Läkarsällskapets, Handlingar*, tome LVIII)
(in *Journal de Chirurgie*, 1920, t. 16)

Ablation de trois tumeurs du vagin chez des femmes âgées respectivement de 29, 35 et 54 ans. Service de gynécologie de Rönholm.

La première de ces pièces est constituée par un myome banal ayant pris naissance dans les éléments fibreux et musculaires de la paroi vaginale.

Au contraire, les deux autres tumeurs, plus volumineuses que la précédente, offraient les caractères de ces adénomyomes dont on attribue communément l'origine à la dégénérescence néoplasique des restes des canaux de Gärtner.

Au moment de l'intervention, on avait noté des connexions assez intimes avec les tissus voisins. Les coupes microscopiques montraient la présence de nombreux tubes tapissés d'un épithélium à cils vibratiles d'aspect d'ailleurs variable.

CONCLUSIONS

I. — Les fibro-myomes du vagin, comme ceux de l'utérus s'observent de 25 à 50 ans le plus souvent. Ce sont des tumeurs rares et leur cause est encore inconnue.

II. — Au point de vue histologique ces tumeurs sont le plus souvent des fibro-myomes développés aux dépens du vagin, plus rarement aux dépens de la musculature de l'urèthre.

III. — Le plus souvent uniques il siègent par ordre de fréquence dans la paroi antérieure (50 0/0 des cas) la paroi postérieure, les culs de sac vaginaux.

IV. — Les symptômes sont par ordre d'apparition : des troubles urinaires, des métrorragies peu fréquentes, des troubles de la défécation, des pertes. Cause de dystocie pendant l'accouchement, ces tumeurs peuvent se compliquer de rétention d'urine, de gangrène ou de transformation maligne.

V. — Le diagnostic positif sera basé sur l'examen direct.

Le diagnostic différentiel devra se faire surtout avec les kystes congénitaux du vagin avec les fibromes enclavés ou aberrants de l'utérus, avec les fibromes de l'isthme antérieurs et postérieurs.

VI. — Vu la bénignité habituelle de l'intervention on doit pratiquer l'ablation chirurgicale :

a) par la voie vaginale dans les cas de tumeur bien isolée et procidente.

b) par la voie abdominale : pour les gros fibromes en pratiquant le plus souvent possible l'opération conservatrice.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
VILLARD.

Vu :

LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 13 Novembre 1922.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- BARD. — *Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, Paris, 1894.
- BAURY. — *Thèse Paris*, 1896, n° 103.
- BÉRAUD. — *Bulletin Soc. Chirurgie*, Paris, 1864, page 100.
- BOURSIER DE LA ROCHE. — *Les fibromyomes du vagin. Thèse Paris*, 1907.
- BOUTIN. — *Fibromyome du vagin chez la femme enceinte. Thèse Paris*, 1898.
- CADENAT F.-M. — *Gynécologie et obstétrique*, tome III, 1921, p. 21.
- CLAISSE. — *In thèse Rollin*.
- CONDAMIN. — *Archives provinciales de chirurgie*, 1894.
- DICKE. — *Myome der Vagina Zentralblatt für Gynäkologie Leipzig*, tome XXXVIII, 1913, page 540.
- DUPUYTREN. — *La lancette française*, Paris, 1857, p. 179.
- GUERSANT. — *Traité de pathologie infantile de Blache et Guersant*, Paris, Asselin, 1883.
- JACOBÉE. — *Thèse Paris*, 1908, n° 34.
- Kleinwachter Zeitung f. Heil.* Prager, III, p. 57.
- LE FORT. — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1906.
- MARTIN. — *The Lancet*, Londres, 1904, vol. 1, p. 25.
- MUNCH. — *In Journal de Chirurgie*, 1920, t. 16, p. 355.

- NYSTRÖM. — Sur le myome et l'adénomyome du vagin. *Finska Läkarsällskapets Handlingar Helsingfors*, t. LVIII, p. 1657, in *Journal de Chirurgie*, 1920, t. 16.
- PAGET. — *Lectures of sur Path.*, vol. II, p. 115.
- PAVIOT. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1894.
- PETIT DU TAILLIS. — Tumeurs congénitales du cul de sac postérieur du vagin. *La Gynécologie*, 1921.
- PORRO. — *Ann. de Gynécologie*, 1876, p. 72
- POTEL. . . *Revue de Gynécologie*, 1903, page 387.
- POTHERAT. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1906.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, Paris, Masson, 1897.
- ROCHEBLAVE. — *Thèse Montpellier*, 1884.
- ROLLIN. — *Thèse Paris*, 1905.
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1906.
- SÉE (Marc). — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1906.
- STUMPF. — *Münch. Med. Woch.*, 1890, page 694.
- TÉDENAT. — *In thèse Rocheblave*.
- WILSON. — *Med. Times and Gaz.*, 1876, p. 360.
-

